

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 223

LE
FAUX GENOU
A RESSORT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1920

PAR

Pierre GAMBINI

Né à Corte (Corse), le 13 septembre 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse { ESTOR, professeur, *Président*.
 { FORGUE, professeur.
 { SOUBEYRAN, agrégé libre. } *Assesseurs*
 { ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1920

LE FAUX GENOU

A RESSORT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 223

LE
FAUX GENOU
A RESSORT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1920

PAR

Pierre GAMBINI

Né à Corte (Corse), le 13 septembre 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président*.
FORGUE, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé libre. *Assesseurs*
ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*)	DOYEN.
FORGUE (O *)	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Chirurgie	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O *)
Physiologie	HEDON (*)
Histologie	VIALLETON
Clinique médicale	DU CAMP (*)
Anatomie	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale	VAILLOIS
Thérapeutique et matière médicale	VIRET (*)
Anatomie pathologique	MASSARUAT (H)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (H)
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	N...
Médecine légale et toxicologie	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O *), a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN * (H), a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie	WATON * (H), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIÈRE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELT (*)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH * (ch. d'agr.)
GAUSSEL * (H)	J. DELMAS (H)	VAILLOIS H. (ch. d'agr.)
RICHE.	RIMBUD *	

Examineurs de la thèse

MM. ESTOR, professeur, Président		MM. SOUBEYRAN, agrégé libre.
FORGUE, prof.		ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle s'abstient de leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma très grande
affection.*

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

MEIS ET AMICIS

P. GAMBINI,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

Respect et reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

P. GAMBINI,

AVANT-PROPOS

Au cours de l'horrible tragédie mondiale, il ne nous paraissait pas possible de revivre un jour les heures calmes des services hospitaliers et des conférences de nos maîtres. Ce beau temps est revenu cependant et nous a permis d'arriver au terme de nos études médicales.

Beaucoup de nos vaillants camarades, bien moins heureux que nous, sont tombés là-bas, en Champagne, dans la Somme, sur l'Yser, à Verdun ou en Orient, frappés en pleine jeunesse. Mais, s'ils ne sont plus hélas! leur souvenir demeure vivace en nous et, à la première page de cette thèse, nous saluons leur mémoire.

En présentant ce modeste travail qui couronne notre vie scolaire, il nous est un devoir d'exprimer toute notre reconnaissance à nos parents, dont la bonté à notre égard ne connut jamais de bornes, et à nos maîtres de cette Ecole qui, par leurs sages conseils, nous ont toujours guidé dans nos efforts et rendu la tâche agréable et légère.

Nous prions Monsieur le professeur Estor, qui nous fait le très grand honneur de présider notre jury de thèse, de vouloir bien trouver ici l'expression de notre entière gratitude et de notre profond respect.

Ce n'est pas sans émotion et sans tristesse que nous quittons cette Faculté où se sont écoulées, au milieu de nos camarades d'études, les meilleures années de notre vie, pleines de gaieté et d'insouciance. Nous leur adressons à tous notre affectueux souvenir et nos meilleurs vœux,

LE FAUX GENOU

A RESSORT

INTRODUCTION

C'est par l'étude du doigt à ressort que le phénomène des articulations à déclanchement a fait son entrée dans la pathologie (Notta, 1850). Quelques années plus tard, on décrivait le ressaut fessier trochantérien. Le genou à ressort est de découverte plus récente; il n'a pas encore trouvé dans les traités de pathologie, la place qui lui revient. La première observation publiée paraît être celle de Lannelongue, en 1870, et c'est Poirier, en 1889 qui donna à cette affection le nom qu'elle porte encore. Plus tard, les observations se multiplient: Delorme (1894), Demons (1905), Batut (1906), Rocher (1911), Billet (1913), Demoulin (1916) publient des cas nouveaux. Le vrai genou à ressort est donc aujourd'hui bien connu, mais le faux genou à ressort est beaucoup plus rare: c'est pourquoi il nous a paru intéressant de présenter, au début de ce travail, une observation typique, aimablement communiquée par M. le professeur Euzière. On trouvera ensuite une revue générale de la question qui nous occupe.

OBSERVATION

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Euzière)

F. B..., jeune soldat de la classe 1917.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 80 ans, atteint de rhumatisme chronique; mère en bonne santé.

Collatéraux. — Trois frères au front, deux sœurs âgées respectivement de 10 et 15 ans, tous bien portants.

Personnels. — Était dans son jeune âge de santé fragile.

Histoire de la maladie. — Dans sa onzième année, F. B... fut victime d'un accident; son pied et la partie inférieure de sa jambe gauches furent violemment contusionnés par la chute d'une pierre volumineuse. Ce traumatisme nécessita un alitement d'un mois. Le sujet prétend avoir toujours boité quelque peu depuis lors; cependant il a pu jusqu'en 1913, continuer son métier pénible de cultivateur. A ce moment, des craquements ont commencé à se produire au niveau de l'articulation du genou, à gauche, et ils ont été s'exagérant de jour en jour. En 1915, B... sans être immobilisé devait renoncer à ses travaux habituels. Le conseil de révision le versa d'abord dans le service auxiliaire, mais il fut ensuite appelé au 57 régiment d'artillerie et ne tarda pas à entrer à l'infirmerie de son corps: pointes de feu, massages, compresses chaudes n'amenant aucune amélioration, il fut envoyé au Centre de neurologie de Toulouse le 22 mars 1916.

Etat actuel (23 mars). — La marche s'accompagne d'une claudication assez accentuée; le sujet raccourcit le temps d'appui sur le membre inférieur gauche. Le genou de ce côté reste, pendant le pas, en flexion légère. On note un empâtement assez considérable de l'extrémité inférieure de la cuisse et du genou, cet empâtement est surtout apparent à la face interne; là on voit les cicatrices des pointes de feu récemment pratiquées. La palpation de la région articulaire donne une impression nette de chaleur, la pression provoque une douleur, particulièrement intense au niveau du condyle interne du fémur. Sur le bord interne du tibia, au tiers supérieur, on sent une saillie dure, adhérente à l'os; c'est, à n'en pas douter, une exostose.

Les mouvements de l'articulation s'exécutent bien, avec toute leur amplitude, mais ils sont douloureux (du moins c'est ce qu'affirme le malade). Au moment où débute la flexion et au moment où se termine l'extension on perçoit un bruit sec, nettement appréciable à l'oreille à plus d'un mètre de distance: l'impression ressentie est tout à fait comparable à celle que fournirait une corde tendue, brusquement soulevée par le doigt. En même temps, le mouvement se continue ou s'achève, vivement. On se rend compte aisément que le bruit se produit au niveau des tendons de la patte d'oie. Tout se passe comme si ces tendons rencontraient sur la face interne du genou un obstacle gênant leur déplacement et faisaient sur lui un ressaut brusque. L'articule ne contient pas de liquide, on ne perçoit pas de choc rotulien.

Le réflexe rotulien est conservé, les pupilles réagissent bien.

La mensuration donne: à 8 centimètres au-dessus de la pointe de la rotule: cuisse droite, 38 centimètres; gauche, 36 centimètres.

Au niveau de la partie moyenne du creux poplité : à droite, 36 centimètres ; à gauche, 34 centimètres.

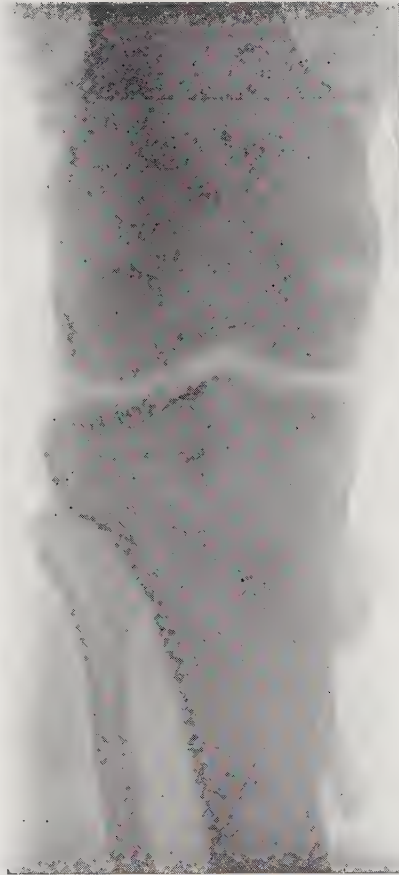
Lorsque le malade fait une marche, même de très courte durée, il prétend éprouver des douleurs très vives qui s'irradient tout le long de la face interne de la jambe. Ces douleurs auraient un caractère lancinant, elles se produiraient même parfois à l'état de repos.

Une radiographie fut pratiquée, qui vint confirmer les présomptions cliniques ; nous la reproduisons ci-contre.

Le condyle externe du fémur est hérissé de rugosités dans presque toute sa hauteur ; il présente à sa partie tout à fait supérieure (à 6 centimètres de l'interligne articulaire), une saillie osseuse, en forme de pyramide tronquée, rattachée par sa base au corps de l'os. Sur le condyle interne, plus convexe, plus renflé qu'à l'état normal, on voit une apophyse tout à fait comparable, par sa situation et sa forme à la précédente.

L'extrémité supérieure du tibia est plus intéressante encore. A 7 centimètres au-dessous de l'interligne articulaire, on voit se détacher du bord postéro-interne de l'os, une aiguille osseuse, longue de 2 centimètres, véritable stalactite qui se dirige presque verticalement en bas. Enfin, l'exostose la plus volumineuse se trouve située à 3 centimètres au-dessus de la précédente, elle fait sur le bord interne de l'os une saillie mamelonnée qui mesure 1 centimètre de hauteur, elle est largement sessile et s'implante sur l'épiphyse par une base de 3 centimètres. C'est elle qui est coupable. Elle est placée au-dessus de l'insertion des tendons de la patte d'oie et détermine tout naturellement leur ressaut à chaque mouvement de flexion ou d'extension de la jambe sur la cuisse.

L'abrasion au ciseau de cette exostose aurait à coup sûr



Fémur, condyle externe : Rugosités sur toute sa hauteur. Une exostose très nette à 6 centimètres de l'interligne articulaire.

Fémur, condyle interne : Une exostose à la même hauteur que la précédente.

Tibia, bord postéro-interne : Deux exostoses volumineuses, la plus grande située à 4 centimètres de l'interligne articulaire.

amené la guérison, mais le sujet refusa énergiquement l'intervention proposée et fut ultérieurement réformé.

Il faut noter que la radiographie des autres régions articulaires ne révéla rien d'anormal; les exostoses fémoro-tibiales gauches étaient les seules que présentât le sujet.

Cette observation nécessite quelques commentaires. Et d'abord, il ne faut pas oublier que B... était soldat, qu'il avait tout intérêt à exploiter son infirmité pour éviter les dangers de la guerre. Aussi bien convient-il de ne pas attacher trop d'importance aux symptômes subjectifs. Le genou était chaud, empâté, et, par conséquent, très vraisemblablement douloureux, mais il est difficile d'admettre que ces douleurs fussent atroces et que la pression ou la marche les réveillassent avec l'intensité qu'accusait le malade.

La localisation des exostoses dans les régions juxta-épiphysaires ne laisse aucun doute sur leur nature ostéogénique; mais quel rôle convient-il de faire jouer, dans leur étiologie, au traumatisme subi par le malade en 1908 et qui fut assez intense pour nécessiter un long repos au lit? Seuls le pied et la partie inférieure de la jambe gauches furent intéressés par la contusion; celà, cependant n'est pas suffisant pour refuser à ce choc toute valeur comme facteur étiologique. Les conditions même du traumatisme ont été mal précisées par B..., il est possible que tout le membre inférieur ait subi une traction assez considérable, les zones diaphyso-épiphysaires ont pu être tiraillées violemment, et les cartilages de conjugaison lésés (celui de l'extrémité inférieure du fémur au même titre que celui de l'extrémité supérieure du tibia) ont ensuite donné naissance aux exostoses constatées.

Cette hypothèse est rendue très vraisemblable par les considérations suivantes:

1° Les os à exostoses restent généralement de taille plus

petite que les os normaux (Bessel, Hagen), mais les exceptions à cette loi sont fréquentes lorsque le traumatisme est la cause des tumeurs osseuses. Or, les membres inférieurs de B... étaient d'égale longueur.

2° Parmi les sujets qui présentent des exostoses, il convient de distinguer deux catégories : dans la première, rentrent ceux qui offrent une exostose solitaire, n'atteignant qu'un seul os ; la seconde comprend les cas à exostoses multiples, frappant les régions conjugales presque en totalité. Il n'existe pas de formes intermédiaires à exostoses peu nombreuses (A. Broca), ce qui est précisément le cas de B... Il est logique d'incriminer le traumatisme plutôt que de voir là une exception rarissime.

LE FAUX-GENOU A RESSORT

DÉFINITION

On désigne sous ce nom une affection spéciale du genou, caractérisée par un déclanchement brusque qui se produit dans l'articulation à chaque mouvement et de flexion et d'extension, déclanchement qui s'accompagne d'un bruit sonore, perceptible à distance.

Le genou à ressort est dit « faux » parce que le phénomène du dé clic reconnaît pour cause une lésion extra-articulaire.

SYMPTOMATOLOGIE

Laissant momentanément de côté la pathogénie et l'étiologie, nous décrirons d'abord la symptomatologie de cette affection. Le signe capital c'est le mouvement de ressort, le déclanchement qui se reproduit à chaque mouvement du genou et qui s'accompagne d'un dé clic bruyant. Lorsque le malade étend ou fléchit la jambe, le mouvement qu'il exécute paraît s'arrêter un instant, mais cet arrêt dure un temps très court; puis le déclanchement se produit et le mouvement s'achève brusquement cependant que l'on entend un bruit sec perceptible à distance. Ce déclanchement se renouvelle à chaque mouvement du genou; il se produit le plus souvent au début de la flexion et à la fin de l'extension. Dans tous les cas (et ceci est caractéristique du faux genou à ressort), il se produit au moment où la jambe fait avec la cuisse un angle donné, et cet angle est constant pour un même sujet quel que soit le mouvement considéré: flexion ou extension. C'est là le symptôme capital, mais il en est d'autres, d'importance moindre, qui viennent l'encadrer et l'ensemble constitue un tableau clinique bien caractéristique.

Tout d'abord, au moment où le genou se déclanche, on voit, le plus souvent, les téguments présenter un soulèvement brusque au-dessus ou au-dessous de l'interligne articulaire, tantôt du côté interne, tantôt du côté externe, la

palpation vient rendre évidente cette sensation de ressaut

Le genou n'est habituellement pas déformé, mais il existe en général un peu d'empâtement qui se traduit par l'atténuation, rarement la disparition des méplats périrotuliens. On note assez fréquemment un léger degré d'hyperthermie locale. Il n'existe pas d'épanchement intra-synovial; la recherche du choc rotulien est négative. La palpation minutieuse de la région articulaire permet, dans la plupart des cas, de percevoir une ou plusieurs saillies osseuses anormales que l'examen radioscopique révélera à coup sûr.

Les mouvements de flexion et d'extension s'exécutent avec toute leur amplitude. L'affection ne détermine pas une atrophie musculaire considérable de la cuisse; on peut trouver un ou deux centimètres au plus de différence entre le membre sain et le membre malade; le plus souvent même les mensurations bilatérales donnent des résultats identiques.

Les malades souffrent en général très peu de leur affection, pas du tout même à l'état de repos; mais après la marche ou certains exercices tels que la bicyclette, ils éprouvent une douleur qui d'ailleurs est rarement intense; cela se conçoit aisément: la répétition du ressaut a de brefs intervalles finit par meurtrir les tendons. Pour certains malades la gêne ressentie est plutôt morale que physique; ils entendent leur genou craquer constamment, cela les inquiète et les ennuie. Il faut se défier des douleurs atroces; elles n'existent que chez les nerveux ou chez ceux qui ont intérêt à simuler. Les phénomènes subjectifs ne viennent, on le voit, dans le tableau clinique, qu'en seconde ligne.

PATHOGENIE

La pathogénie du faux genou à ressort est d'une extrême simplicité. Le phénomène du déclanchement est dû à un brusque ressaut musculaire ou tendineux qui se produit sur une saillie osseuse anormale, située dans la région du genou, lorsque la jambe exécute un mouvement de flexion ou un mouvement d'extension. Cela tombe sous le sens et ne demande aucune explication. Mais la déformation peut siéger sur le fémur ou sur le tibia, et les muscles qui peuvent être gênés dans leur déplacement sont nombreux. Trois cas ont été observés :

1° C'est le muscle poplité qui, dans sa contraction, accroche et dépasse brusquement l'obstacle. Dans ce cas, l'exostose siège naturellement sur le tibia et se détache de la face postérieure de l'os.

2° C'est le tendon du biceps qui bute contre le condyle externe du fémur. Celui-ci le repousse brusquement en le faisant vibrer comme une corde à violon (Bar et Berteim). Il est alors nécessaire que le condyle externe présente une déformation : convexité normale (nouûre rachitique) ou exostose.

3° Ce sont les tendons de la patte d'oie qui ressauteut sur une saillie placée au-dessus de leur insertion : bord postéro-interne ou face interne du tibia, à quelques centimè-

tres au-dessous de l'interligne articulaire (voir observation).

Nous ne saurions clore ce chapitre sans faire remarquer que la pathogénie du faux genou à ressort est exactement comparable à celle de la vraie hanche à ressort; celle-ci est due, en effet, comme chacun sait, au ressaut du fascia lata sur le grand trochanter.

ETIOLOGIE

C'est celle des saillies osseuses anormales, en général, et des exostoses en particulier; c'est dire combien elle est obscure. Nous ne nous étendrons pas longuement sur ce point accessoire dans le sujet qui nous occupe.

Le rachitisme, par les déformations qu'il imprime aux zones diaphyso-épiphysaires, peut être théoriquement une cause de faux genou à ressort. En pratique c'est un facteur étiologique rarement rencontré.

Quant aux exostoses ostéogéniques, on tend de plus en plus à en faire des malformations, des anomalies du développement osseux et, dès lors, on peut invoquer l'influence de l'hérédité. C'est à plus juste titre, semble-t-il, qu'on a pu parfois accuser un traumatisme d'avoir lésé les cartilages de conjugaison ou entraîné consécutivement des anomalies dans l'ostéogénèse. Mais il est des faux genoux à ressort dont l'étiologie n'a pu être encore parfaitement élucidée; il convient, jusqu'à plus ample informé, de les considérer comme spontanés, ou plus modestement de les intituler « faux genoux à ressort sans cause connue ». (Billet).

En somme, à part les cas où l'affection est nettement consécutive à un traumatisme, la cause primordiale est peu connue. Un seul fait est certain: les faux genoux à ressort, comme les exostoses ostéogéniques, apparaissent généralement entre 10 et 20 ans et se rencontrent beaucoup plus souvent chez les garçons que chez les filles.

DIAGNOSTIC

Il comprend plusieurs étapes :

1° Il faut établir qu'il y a genou à ressort;

2° Déterminer que l'on se trouve en présence d'un « faux genou à ressort » ;

3° Reconnaître la cause qui le produit, ou, en d'autres termes, le faire rentrer dans l'une des trois classes que nous avons distinguées au chapitre de la pathogénie.

1° Le diagnostic du genou à ressort est tellement évident qu'il semble devoir s'imposer, à première vue, par la seule constatation d'un déclanchement et la perception d'un bruit sonore, se répétant à chaque mouvement du genou. Pourtant il n'est pas inutile d'en faire le diagnostic différentiel, d'autres affections sont, en effet, susceptibles d'induire en erreur un observateur novice.

Dans certains cas, ce sont des corps étrangers articulaires qui ont pu en imposer pour un genou à ressort. Le corps étranger se loge en un point déterminé de l'article, il glisse entre fémur et tibia lorsque les surfaces articulaires s'écartent et lorsqu'elles se rapprochent, regagne vivement sa place en provoquant le phénomène du déclanchement. Le diagnostic est facile : l'arthrophyte provoque une douleur vive et fréquemment une réaction articulaire qui se traduit par de l'hydarthrose ; on peut parfois, le palper dans les culs-de-sac de la synoviale (souris articulaire) ;

le malade souffre encore d'une arthrite chronique; enfin et surtout le déclanchement se reproduit de façon intermittente, alors qu'il est absolument constant dans le genou à ressort.

Il faut aussi différencier du genou à ressort certains cas de luxation récidivante des ménisques. La luxation peut se reproduire très fréquemment, plusieurs fois par jour, parfois même à la volonté des malades (Billet). Au moment où la réduction du ménisque s'opère, on entend le bruit qui caractérise la réintégration du cartilage semi-lunaire. Mais la luxation récidivante possède un symptôme caractéristique, c'est le calage du genou: un sujet se relève brusquement d'une position fléchie, accroupie ou agenouillée, il éprouve une douleur pathognomonique due au pincement du ménisque. La jambe est maintenue en demi-flexion (Forgue) et cette immobilisation dure jusqu'à ce que la réduction soit obtenue. Rien de semblable ne se passe dans le genou à ressort.

2° La distinction entre les vrais et les faux genoux à ressort est un peu plus délicate, bien que généralement facile. Ce diagnostic est d'importance capitale au point de vue thérapeutique: le vrai genou à ressort peut guérir sous l'influence d'un traitement médical, le faux genou à ressort commande l'intervention chirurgicale. Les deux infirmités diffèrent essentiellement dans leur pathogénie, mais leur symptomatologie les rapproche, imparfaitement d'ailleurs.

Lorsque le phénomène du déclanchement est dû à une lésion articulaire, le genou à ressort est dit « vrai ».

Quelle est cette lésion articulaire? Pour répondre à cette question les théories se sont multipliées; on est dans le domaine des hypothèses, et le mécanisme intime est encore en discussion. Il est vraisemblable que la pathogénie de cette affection n'est pas univoque.

Pour Thiem, la lésion dominante serait une rupture des ligaments croisés. Lannelongue admet que le phénomène est dû à l'échappement de l'un des cartilages semi-lunaires entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia. C'est une opinion que Billet a reprise pour son compte et longuement développée: à chaque mouvement du genou un ménisque se subluxé et c'est sa remise en place spontanée qui est cause du bruit perceptible à distance: celui-ci, en effet, est absolument identique au bruit observé dans les cas de luxation des cartilages semi-lunaires, et qui se manifeste au moment où le déplacement se réduit. En outre, il est parfois possible de sentir au niveau de l'interligne, tantôt en dehors, tantôt en dedans, une saillie qui disparaît dès que le déclin a lieu. Il s'agirait en somme d'une « subluxation récidivante permanente d'un ménisque » (Billet). Il est plus difficile d'expliquer pourquoi cette luxation se produit et pourquoi elle se renouvelle à chaque mouvement de l'articulation. Dans un certain nombre de cas, on a pu trouver à l'intervention ou à l'autopsie des lésions méniscales qui donnent la clef du mystère: c'est un petit noyau cartilagineux rattaché par un pédicule à l'extrémité antérieure d'un cartilage semi-lunaire, ce peut être, tout simplement, un renflement de la partie antérieure de l'un des deux fibro-cartilages. Mais le plus souvent, on ne trouve absolument aucune lésion des ménisques et il faut chercher ailleurs la cause de la subluxation récidivante. On tend aujourd'hui à incriminer la laxité de la capsule articulaire. Le ménisque, qui par sa périphérie s'insère sur cette capsule relâchée, serait entraîné par elle, à chaque mouvement du genou, entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia; il se subluxerait par conséquent, d'où la production du ressaut. Simple hypothèse, sans doute, mais qui est étayée par quelques arguments: chez certains malades, on

a noté des mouvements de latéralité du genou, signe évident de distension ligamenteuse, et dans deux cas de genou à ressort congénital on a relevé la laxité d'autres articulations. Quoiqu'il en soit, le vrai genou à ressort est dû à une lésion articulaire, le faux genou à ressort est dû à une lésion para-articulaire. Voilà pour la pathogénie.

Au point de vue clinique, les deux affections présentent des différences notables.

Dans le genou à ressort vrai, le déclanchement se renouvelle bien à chaque mouvement similaire du genou, mais, dans la très grande majorité des cas, il ne se produit que dans la flexion ou dans l'extension et non pas dans les deux. Le plus souvent c'est dans les mouvements d'extension qu'on l'observe, et alors c'est au moment où celle-ci va être complète, lorsque la jambe fait avec la cuisse un angle de 160 degrés environ. Lorsque c'est dans la flexion que se manifeste le phénomène du ressort, c'est aussi au moment où cette flexion va atteindre son amplitude maxima, c'est-à-dire quand la jambe est presque au contact de la cuisse. Parfois même, il faut que le sujet s'accroupisse pour provoquer le déclanchement. Dans quelques cas rares, le ressort est double; il se produit à la fin de la flexion et à la fin de l'extension. Or, nous savons que, lorsque le phénomène est dû à une lésion extra-articulaire, c'est à la fin de l'extension, mais au début de la flexion qu'on l'observe.

En outre, le bruit est dans le vrai genou à ressort beaucoup plus sonore, beaucoup plus éclatant; il s'entend souvent à vingt mètres de distance; dans le faux genou à ressort, on ne le perçoit qu'au voisinage immédiat du malade. D'autres signes différentiels sont tirés de l'inspection et de la palpation.

Dans le vrai genou à ressort on voit, au moment précis où l'articulation se déclanche, la cuisse se déplacer en

masse par rapport à la jambe, et subir un véritable mouvement de translation latérale. On voit également, dans la plupart des cas, apparaître au niveau de l'interligne, tantôt du côté interne, tantôt du côté externe, une petite saillie qui disparaît aussitôt que le déclic s'est fait. Dans le faux genou à ressort, il n'y a point de déplacement de la cuisse, et si l'inspection permet souvent de constater une saillie brusque des téguments, celle-ci n'est jamais localisée uniquement au niveau de l'interligne articulaire, elle le dépasse toujours soit en haut, soit en bas.

Le vrai genou à ressort peut s'accompagner de mouvements anormaux de latéralité; ils ne s'observent jamais dans l'affection qui le simule.

En cas de genou à ressort vrai la palpation de la région articulaire à l'état de repos, pour soigneuse qu'elle soit, ne révèle rien d'anormal; elle permet au contraire, presque toujours, de reconnaître les saillies osseuses qui occasionnent le faux genou à ressort.

3°. Il s'agit maintenant de rapporter le phénomène à sa cause, de faire le diagnostic pathogénique. L'oreille peut déjà fournir quelques renseignements: si c'est le muscle poplité qui accroche une exostose tibiale, le bruit est moins vibrant, plus sourd que dans les autres cas, car l'épaisseur des parties molles est plus considérable.

Le ressaut tendineux, apparent à la vue, s'observe-t-il du côté externe? On incriminera le tendon du biceps; du côté interne? ce sont les tendons de la patte d'oie qui seront responsables.

La palpation vient apporter des précisions plus grandes. Pratiquée pendant les mouvements de l'article, elle indique la localisation exacte du ressaut; pratiquée sur le membre immobile, elle permet l'exploration minutieuse des condy-

les fémoraux, et de l'extrémité supérieure du tibia, et révèle les reliefs anormaux.

D'après ce qui précède on voit que le diagnostic du faux genou à ressort est presque toujours possible, facile même cliniquement; dans tous les cas, il devra être confirmé et complété par la radioscopie ou la radiographie. Sous l'écran on peut constater de visu la présence des exostoses, apprécier leur forme, leurs dimensions, et tirer de cette étude des indications précieuses pour le traitement.

TRAITEMENT

L'immobilisation, le repos, la lumbinothérapie, l'héliothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie sont susceptibles d'améliorer et même de guérir les genoux à ressort vrais. Tous ces moyens sont absolument inefficaces dans le faux genou à ressort; cela va de soi étant donnée la nature des lésions, l'intervention chirurgicale s'impose absolument.

Les téguments seront incisés au point convenable. L'incision sera verticale, parallèle à l'axe du membre; elle mesurera de 6 à 10 centimètres de longueur suivant les cas; il ne faut pas craindre de se donner du jour. Puis, une fois les plans musculaires mis à nu, la jambe sera portée en demi-flexion: cette manœuvre a pour effet de mettre les muscles fléchisseurs dans le relâchement; les tendons réclinés, on se trouvera en présence de la saillie osseuse responsable. Le ciseau ou la rugine auront tôt fait de niveler l'os. La petite hémorragie qui se produit alors sera facilement arrêtée par le tamponnement. On réplace la jambe en extension. Quelques crins de Florence ou quelques agrafes de Michel rapprochent les deux lèvres de l'incision.

L'opération est aseptique, point n'est besoin de drainage. Cette intervention est simple, rapide; le résultat opératoire est parfait.

CONCLUSIONS

I. — Le faux genou à ressort est dû à un ressaut musculaire ou tendineux qui se produit sur une saillie osseuse anormale.

II. — C'est une affection très rare.

III. — Elle possède une symptomatologie tout à fait caractéristique et son diagnostic, toujours possible, grâce à la radiographie, est généralement facile par l'étude attentive des signes cliniques.

IV. — Le seul point obscur est l'étiologie. Le traumatisme paraît être la cause la plus fréquente.

V. — L'intervention chirurgicale, toujours indiquée, amène à coup sûr la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

BAR et BERTEIM. — *Echo médical du Nord*, 1909.

BATUT. — *Bulletin de la Soc. méd. chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, 1906.

BILLET. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1913.

— *Gazette des hôpitaux*, 1913.

COURTIN. — In *Thèse de Richard*, Bordeaux, 1907-1908.

DELORME. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1894.

DEMONS. — Congrès de pédiatrie, 1905.

DEMOULIN. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1916.

DESCARPENTRIES. — *Echo médical du Nord*, 1908.

JONES (R.). — *Ann. of surg.*, 1909.

LANNELONGUE. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1879.

MOTY. — *Bull. de la Soc. méd.-chir. de Paris*, 1905.

PLISSON. — *Lyon médical*, 1913.

POIRIER. — *Arch. gén. de méd.*, t. XXIV, 1889.

ROCHER et FRÉLICH. — XXIV^e Congrès de l'Assoc. franç. de chir., 1911.

SENCERT et BARTHÉLEMY. — *Revue médicale de l'Est*, 1910.

STEINMANN, de Berne. — *Verhandl. der deut. Gesellschaft für Chir.*, XXXIX^e Congrès, 1910.

THIEM. — *Ibid.*, XXV^e Congrès, 1896.

TILLAUX. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1894.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 22 juillet 1920

Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 22 juillet 1920.

Le Doyen,
MAIRET.

